Vortrag anlässlich der GDI Konferenz vom 25. – 29. August 1986 über

Bürokratisierung und Entbürokratisierung der Sozialhilfe – demokratische Alternativen zum bürokratischen Wohlfahrtsstaat

Alternativen zum Wohlfahrtsstaat – Grenzen und Möglichkeiten vom „ängstlichen grossen Versorger" zu „kleinen funktionellen Einheiten"

U. Davatz, www.ganglion.ch

Um alternative Systeme zum bürokratischen Wohlfahrtsstaat finden zu können, müssen wir unser Denken ändern. Doch vorher sollten wir die Basis-Prämisse, die unserem Glauben an den Wohlfahrtsstaat zugrundeliegt, untersuchen. Aus diesem Grunde sollten wir betrachten, was die erste Entwicklung dieser Prämisse in prähistorischen Zeiten war, und dann deren spätere Einwirkung auf einer psychologischen Ebene analysieren.

Der prähistorische Hintergrund des Wohlfahrtsstaates

In prähistorischen Kulturen vor dem Entstehen der eigentlichen Stadtstaaten schlägt die Bürokratie ihre Wurzeln unter der Regierungsmacht der „grossen Männer", auch „mumies" genannt, was nichts anderes heissen sollte, als grosser Versorger (am besten bekannt aus Melanesien NeuGuinea). Diese „grossen Männer" oder „mumies" sind hart arbeitende, ehrgeizige, staatsgesinnte Individuen, die ihre Verwandten und Nachbarn dazu anhalten, eine intensivierte Nahrungsmittelproduktion zu betreiben, indem sie die Abhaltung eines grossen Festes versprechen, auf welchem der Überfluss an Nahrungsmitteln an die Bevölkerung verteilt werden sollte. Die grossen Versorger oder „mumies" bilden den ursprünglichen Kern einer gesetzgebenden Klasse aufgrund des Rechtes der Warenverteilung – vorwiegend Lebensmittel – für eine wachsende Bevölkerung. Auf diese Weise beginnt allmählich die Organisation der Bürokratie. Diese Wiederverteilungsüberwacher stellen die hauptsächliche Zwangsherrschermacht im gesellschaftlichen Leben dar. Mit der Zeit werden sie gar Könige. Die Könige sind Agenten der Bürokratie, also mächtige Fürsorger.

Was haben nun aber diese prähistorischen bürokratischen Organisationsformen, Prestine States oder Vorstaaten genannt, mit unserem sozialen Wohlfahrtsstaat von heute zu tun?

https://adhs.expert

Obwohl mehr als 4000 Jahre vergangen sind seit der Entstehung dieser Vorstaaten im alten Ägypten, ist der Mensch in vieler Hinsicht derselbe geblieben, so auch z.B. in Bezug auf seine Vorstellung und Erwartung an die bürokratische Organisationsstruktur. Unser sozialer Wohlfahrtsstaat hat heute die Rolle, die früher der Mumi hatte, der grosse Versorger, und die Haltung der Völker zum Wohlfahrtsstaat ist sicherlich nicht viel anders als die Haltung prähistorischer Völker zum grossen Versorger. Der einzige Unterschied zwischen den alten „Mumies" und dem sozialen Wohlfahrtsstaatssystem ist, dass Letzterer eben Geld und Dienstleistungen sammelt und wiederverteilt an Stelle von Nahrungsmitteln. Das Gesundheitswesen verteilt Gesundheitsleistungen und das Sozialwesen verteilt soziale Dienstleistungen und Geld.
Einhergehend mit dieser Wiederverteilung von Gesundheitsleistungen, Sozialleistungen und Geld entsteht eine enorme Ballung von Macht, gleich wie in den „Prestine States" oder Vorstaaten, zur Zeiten der „Mumies". Obwohl die bürokratischen Strukturen der Wiederverteilung heute per Gesetz geregelt werden und nicht der Willkür eines einzelnen Mannes, mumi oder König, überlassen sind, haben die Vollzieher der Gesundheits- und Sozialleistungen dennoch eine grosse Macht und benehmen sich sehr oft wie kleine Könige, sind an erster Stelle am Innehalten ihrer Macht interessiert und erst an zweiter Stelle an einem gut funktionierenden Dienstleistungsbetrieb. Deshalb unser Vergleich des heutigen Wohlfahrtsstaates mit den vorstaatlichen menschlich organisierten Strukturen der „Prestine States".
Nach dieser kurzen historischen Einleitung zum Thema Wohlfahrtsstaat möchten wir nun ein wenig eingehender zu einzelnen charakteristischen Einzelheiten des Wohlfahrtsstaates von heute Stellung nehmen. Eines der wichtigsten Merkmale des Wohlfahrtsstaates ist sein eigener Auswahlprozess für seine Administratoren.

Der Selektionsvorgang von Administratoren der Bürokratie unseres sozialen Wohlfahrtsstaates

Was für ein Ausleseverfahren ist im Gange, das Leute auswählt, welche das bürokratische System unseres sozialen WFS verwalten? Jobs innerhalb des bürokratischen Systems wurden immer als sehr sicher angeschaut, da sie doch in der Nähe des „grossen Versorgers" sind; sie neigen nicht dazu, aufgelöst zu werden und bieten eine gute Pension. Aus diesem Grunde fühlen sich unsichere Menschen speziell zu diesen Jobs im bürokratischen System hingezogen, da sie Sicherheit mehr vorziehen als Durchschnittsmenschen. Auf Grund dessen neigt der Berufungsprozess

https://adhs.expert

eher dazu, unsichere und ängstliche Administratoren für unseren WFS zu selektionieren, was natürlich tiefergehende Folgen für den Entscheidungsprozess im bürokratischen System hat.

Da solche Administratoren mit einem ziemlich hohen Angstzustand leben, sind ihre Entscheidungen stark beeinflusst durch Angst. Was wir über Entscheidungsprozesse in menschlichen Systemen wissen, z.B. Entscheidungen im Familienrat usw., so fördern Entscheidungen, die auf Angst basieren, einschränkende und regulierende Massnahmen, sie erlauben keinen fortschrittlichen Wechsel, vergrössern so die Starrheit des Systems und fördern ein pathologisches (krankes) Funktionieren. In dieser Weise bringen Entscheidungen, basierend auf Angst, das System in einen Teufelskreis. Ängstliche Entscheidungen funktionieren nicht als Förderung, und wenn etwas nicht funktioniert, so fördert das rückwirkend wieder die Angst. Ein solches System verliert mehr und mehr von seiner Anpassungsfähigkeit an eine wechselhafte Welt, weil es für seinen Verteidigungsapparat und andere lächerliche Prozesse, welche sein eigenes Überleben garantieren sollen, eben unverhältnismässig mehr Kräfte mobilisiert. Mit mehr komplexen, von der Umwelt ausgehenden Verlangen, läuft ein solches System leicht Gefahr, bankrott zu gehen, und die Geschäftswelt ist voll von diesen Beispielen. Reine Regierungssysteme können nicht bankrott gehen, da sie doch bodenlos abgesichert sind durch die Defizitgarantie. Dennoch, wenn die Hauptproduzenten der Ressourcen unseres Wohlfahrtsstaates, nämlich unsere freie Unternehmungsindustrie, nicht mehr so gut funktionieren würde wie sie es bisher tat, und nicht konstant unseren „grossartigen WFS“ mit Steuern füttern könnte, so wären doch schon viele Regierungssysteme längst zugrunde gegangen und ausgelöscht worden wie die Dinosaurier. Das Problem ist: Die Verwalter des WFS werden nicht verantwortlich gemacht, weder für das Funktionieren der Wirtschaft, die das Geld produziert, welches sie verteilen, noch für das Generieren des Geldes, das sie brauchen, um ihr System zu schützen. Sie sind deshalb nicht gezwungen einzusehen, wie unfunktional ihr System ist und so sind sie auch gar nicht daran interessiert, einen Ausweg aus dieser schlechten Situation zu finden. Nichtsdestoweniger scheint es, dass das Bewusstsein der durchschnittlichen Bevölkerung steigt, dass unser WFS nicht mehr gut funktioniert und dass wir es uns nicht länger leisten können, das WFS in diese Richtung entwickeln zu lassen. Um dies ein wenig zu illustrieren, gebe ich ein metaphorisches Beispiel:

https://adhs.expert

Wenn Sie versuchen, ein Auto nur mit seinen Bremsen zu fahren (restriktive Massnahmen), so können Sie nur bergabwärts fahren. Dasselbe gilt für ein bürokratisches WFS, das nur regiert wird mit Hilfe von einschränkenden Massnahmen, aber Erneuerungen nicht fördert. Es kann nur bergabwärts gehen. Befinden wir uns heute nicht an dieser Stelle?

Das Nichtfunktionieren unseres Wohlfahrtsstaates kann sehr offensichtlich demonstriert werden am Beispiel des Gesundheitswesens, welches über die vergangenen Jahre überproportionelle Kosten verursachte gegenüber den Kosten des Bruttosozialproduktes. Und doch hat sich die Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung nicht in einer besonders auffälligen Art verbessert. Dieser Trend scheint in diese Richtung weiter zu gehen. All die Massnahmen, die ergriffen wurden, um diese Kostensteigerung zu stoppen, sind nur seitliche Bewegungen gewesen, d.h. die Kosten von einem Finanzsystem zu einem andern zu verschieben. In der Schweiz war die Verschiebung hauptsächlich in Richtung der Versicherungssysteme und von dort zum individuellen Versicherten hin festzustellen, in anderen Ländern eher in Richtung des „grossen Versorgers" des Regierungssystemes hin, trotzdem wurden keine aktuelle Verbilligung der Gesundheits- und Pflegekosten erzielt.

Die meisten Massnahmen, die vorgeschlagen wurden, um die Kosten zu senken, waren einschränkender Natur. Einer der psychologischen Hauptgründe, warum dieses unfunktionelle System nicht aufgelöst, zerbrochen, umgeändert oder in ein besser funktionierendes System gewandelt werden kann, ist nach unserer Meinung diese wahrhaftig tief verwurzelte Voraussetzung vom „grossen Versorger", der der helfenden Person oder dem System ein Gefühl der Macht und der hilfesuchenden Person ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, auch wenn die Sicherheit gegebenenfalls gar nicht vorhanden war.

Deshalb kann dieses bürokratisch institutionalisierte Hilfssystem des grossen Versorgers WFS nicht so leicht aufgegeben werden, auch wenn wir uns es nicht mehr leisten könnten.

Zahlreiche Politiker haben ihre Stimme vermehrt, das bedeutet Macht, indem sie jede Art von sozialem Dienst an den Armen und Kranken durch den „grossen Versorger" der Regierung versprachen, und darüber hinaus taten sie noch so, obwohl sie oft nicht wissen, woher sie für diese Dienste das Geld hernehmen sollten.

https://adhs.expert

Im nächsten Abschnitt wollen wir untersuchen, welche Einwirkungen diese Voraussetzungen des „grossen Versorgers", des sozialen WFS, auf den generellen Wahlprozess in der Gesellschaft haben.

Soziale Wohlfahrt als ein ausgewähltes System innerhalb der menschlichen Gesellschaft

Im Kontrast zum natürlichen Auswahlprozess von Darwin, welcher die Besten auswählt, erwählt der soziale Wohlfahrtsstaat die Schwächsten und die Kränksten. In einem sozialen Wohlfahrtsstaat zahlt es sich mehr aus, wenn man krank, schwach und verantwortungslos ist, als wenn man gesund, stark und verantwortungsvoll ist. Das Zahlungssystem eines typischen sozialen WFS begünstigt Abhängigkeit und Verantwortungslosigkeit. Die Starken, seien es Individuen oder geschäftliche Unternehmungen, werden durch ein Steuersystem bestraft; die Schwachen werden durch soziale Wohlfahrtsgelder belohnt oder durch Regierungszuschüsse in Form von Arbeitslosenzahlungen. In dieser Weise neigen Selbsthilfe und Selbstständigkeit eines gesunden Individuum oder einer gesellschaftlichen Unternehmung dazu, unterminiert zu werden. Wenn wir diesen selektiven Mechanismus unseres sozialen WFS betrachten, so können wir uns vorstellen, was für eine unfähige neue Generation von Menschen wir heranzüchten.

Hier kommen wir zurück auf einen früheren Punkt, nämlich auf die Wahl der Schwächsten, oder mit anderen Worten auf die Strategie, die Schwächsten zu beschützen. Sie nützt nicht nur jenen armen Individuen, sondern lässt die Macht der Verwalter dieses „grossen Versorgeapparates" anwachsen, welcher gerade aus diesem Grund so heftig verteidigt wird, auch wenn er völlig funktionslos geworden ist.

Somit sieht die politische Strategie vom Beschützen und Erwählen der Schwächsten mehr darwin'sche Tauglichkeit für Administratoren des „grossen Versorgesystems" vor und ist deshalb gar nicht so menschlich und altruistisch, wie es im ersten Moment aussieht. Dieses Bedürfnis nach Macht der Verwalter des sozialen WFS, ihre Tendenzen, die eigene darwin'sche Tauglichkeit zu vermehren, zeigt sich klarer, wenn man ihren Wettbewerb um beschränkte Regierungszuschüsse beobachtet. Genau dieser Moment lässt dann auch den Darwinismus, gemeint eine klare, wettbewerbsmässige Überlebensstrategie, an die Oberfläche gelangen. Wir haben argumentiert, dass der soziale WFS, als ein „grosser Versorger" von sozialen Diensten, nicht funk-

https://adhs.expert

tionell ist, weil er unsichere Verwalter wählt, welche restriktive Regeln und Gesetze aufstellen, anstatt Neuerungen zu fördern, und so in der Gesellschaft verantwortungsloses, krankes Benehmen begünstigt.
Wir wollen einige Basisideen für ein soziales System aufzeigen, das mehr funktionelle als emotionelle Züge, wie Machtgefühle oder Hilflosigkeit, besitzt.

Funktionellere und anpassungsfähigere, alternative Systeme unseres sozialen Wohlfahrtsstaates

1. **Vom grossen „Versorger" zu „kleinen, funktionellen Einheiten"**

   Zuerst einmal müssen wir versuchen, von dieser Idee eines „Grossen Versorgers" wegzukommen, da alle diese Systeme dazu neigen, unsachlich zu werden, selbst wenn es nur wegen ihrer Grösse ist. Anstelle dieser sollte man kleine funktionelle Einheiten entwickeln, welche autonom sind, sich selbst regulieren, mehrfach erzieherisch wirken und den Schwachen wie auch den Starken innerhalb ihres kleinen Systems auf mehr natürliche Weise einbeziehen, kurz Systeme, welche für sich selber sorgen. Solche kleine funktionelle Einheiten erlauben durch den Feedback eine direktere Kontrolle, sind flexibler und anpassungsfähiger. Ihr Kommunikations- und Zahlungsverteilungssystem ist weniger anfällig, da doch deren Pfade viel kürzer sind, und es gibt weniger hierarchische Strukturen, durch welche Energie oder Geld verschwendet werden kann. Im Sinne menschlichen Benehmens können sich cooperative Überlebensstrategien eher als wettbewerbsorientierte Strategien sehr viel einfacher innerhalb solcher kleiner Einheiten entwickeln. Beschränke Mittel werden gemeines Gut innerhalb dieses kleinen Systems und deshalb ein allgemeines Dilemma. Diese Güter oder Dienste sind nicht mehr länger im Besitz eines zentralistischen Systems, dem bürokratischen System des „Grossen Versorgers". Um diese Idee zu illustrieren, möchten wir ein natürliches Beispiel anführen, die Erfahrung der Fischer in der europäischen Nordsee. Solange als alle Fischer in der ganzen See fischen konnten, wobei wir das Meer als anonymen „Grossen Versorger" sehen, beuteten sie die See unbarmherzig aus. Sobald als gewisse Gemeinden gewisse Fischereigründe zuerkannt bekamen, fingen diese an, verantwortungsvoll und wirtschaftlich zu fischen, und sie kümmerten sich sehr um ihr Territorium oder um ihre „funktionelle Einheit".
   Aus was hat solch eine funktionelle Einheit zu bestehen; welche Subsysteme müssen in jener Einheit enthalten sein? Wollen wir beim Beispiel Volksgesundheit

https://adhs.expert

bleiben, so würden wir sagen, eine kleine funktionelle Einheit hat zu bestehen aus den Versorgern der Gesundheitsdienste, z.B. den Ärzten, den Schwestern, aus Repräsentanten der Finanzsysteme, was gegenwärtig die Krankenversicherung ist, plus Repräsentativen der örtlichen Regierung, welche die Defizite bezahlen, die in der Gesundheitswohlfahrt gemacht (verbucht) werden. Abgeordnete der Konsumenten und Abgeordnete der freien Marktwirtschaft sollten auch in dieser kleinen funktionellen Einheit vertreten sein. Sie würden eine Interessengruppe bilden, die auf mehreren Gebieten tätig ist, mit einem Mitgliederbeitrag wie jede Gemeinschaft einer anderen Interessengruppe. Die Gruppe müsste ihre Regeln kooperativ ausarbeiten, ohne weitausholende gesetzliche Einschränkungen, und ohne Einschränkungen, die von ausserhalb des Systems kommen, wie zum Beispiel von einer Regierung.

Diese Interessengruppe, oder kleine funktionelle Einheit, würde funktionieren wie ein privates Gesundheitserhaltungsunternehmen, welches für das Volk einer Gemeinde gesundheitserhaltende Dienste offeriert, und das zu einem vernünftigen Preis. Die Bezahlung für die Dienste würden direkt durch den Patienten geregelt, in Abhängigkeit zu seinem Einkommen. Diese direkte Bezahlung würde die persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit fördern. Reiche Leute bezahlten ein Honorar, das die Kosten der Dienste vollkommen deckt, arme Leute, unter einem gewissen Einkommen, würden kleine Summen zu bezahlen haben, welches die Kosten der Ärzte nicht vollkommen deckt. Der Fehlbetrag für die Dienste an den Armen würde eingebracht werden müssen durch spezielle Kapitalerhebungen, welche durch die Krankenversicherungen gemacht würden.

Ein anderer innovativer Vorschlag wäre eine „Gesundheitsbank" als ein kostentragendes System, das Leuten, die nicht ihre medizinischen Ausgaben sofort bezahlen können, Kredite gäbe. Man würde diese Kredite zurückzahlen, so wie heute eine reguläre Krankenversicherung bezahlt wird, aber dies erst bei Verschuldung. Mit dieser Art von Finanzierungssystem müsste ein Mensch, der nicht krank ist, überhaupt kein Geld bezahlen für eine mögliche zukünftige Krankheit – mit anderen Worten, der gesunde Mensch mit Durchschnittseinkommen, der ein Mitglied der Gesundheitseinheit ist, müsste nicht für Arme und Kranke bezahlen, wie das bei der gegenwärtigen Versicherungsart der Fall ist.

Die Beschaffung der Heilungskosten könnte, bedingt durch das Festhalten an einem Gesundheitsunterhaltsprogramm, empfohlen und überwacht werden durch

https://adhs.expert

die Professionellen der Gesundheitseinheit. Durch gesetzliche Regulierung könnten Leute sogar veranlasst werden, eine gewisse Summe ihres Einkommens in dieser „Gesundheitsbank" zu investieren, vergleichbar zur dritten Säule im gegenwärtigen Pensionssystem der Schweiz. Dieses private Geld, das in der Gesundheitsbank investiert wird, könnte dann zu späterer Zeit, wenn nötig, für die Bezahlung medizinischer Dienste verwendet werden. Der Unterschied dieses Gesundheitsbanksystems wäre, dass das private Geld einem privaten Konto gutgeschrieben würde und nicht einfach in einem gemeinsamen Pool verschwinden würde, wie das der Fall ist mit dem herkömmlichen Gesundheitsversicherungssystem. Und wenn ein Mensch bis in seine alten Tage gesund bleibt, könnte er dieses Geld für andere Zwecke gebrauchen, da er es ja nicht verliert wie im gegenwärtigen Gesundheitsversicherungssystem.

Die „Gesundheitsbank" sollte von fähigen Berufsleuten aus der Welt der Finanzen geleitet werden. Sie wäre auch nicht eingeschränkt, nur Gesundheitsgelder zu verwalten, sondern könnte auch Ärzten, die eine neue Praxis aufmachen, Kredite geben.

Nach unserer Meinung würde diese Art Zahlungssystem für ein Gesundheitswesen einen positiven psychologischen Effekt haben und die Einstellung jedes einzelnen zu seiner Gesundheit noch verantwortungsvoller machen. Die Leute würden auf ihre Gesundheit setzen, anstatt auf ihre Krankheit. Für Haltung und Leistung der Ärzte hätte diese Art eines Finanzierungssystems auch profunde Konsequenzen. Sie müssten zweimal darüber nachdenken, ob ihr Patient zahlen will oder kann, bevor sie jegliche Art Untersuchungen von wissenschaftlichem Interesse oder teure medizinische Untersuchungen veranlassen.

Wenn ein Patient nicht zahlen kann, und die Ärzte immer noch an einer bestimmten Untersuchung interessiert sind, so müssten sie das auf eigene Kosten tun. Diese Situation würde die Ärzte zwingen, verantwortlicher die Kostenseite des Gesundheitswesens zu beachten und vorsichtige Entscheidungen über die Kosten der Behandlung zu treffen. Für einen Patienten, der dringend ärztliche Behandlung benötigt, aber diese nicht bezahlen kann, kann und muss trotzdem gesorgt werden, wenn auch die Bezahlung der Kosten nachträglich geregelt werden muss. Mit dem gegenwärtigen Bezahlungssystem werden die ärztlichen Leistungen in keiner Weise eingeschränkt, speziell in Spitälern werden die Kosten immer verrechnet durch die Krankenversicherung oder durch den Staat mittels Defizitgarantie.

https://adhs.expert

Der wichtigste Unterschied dieser kleinen funktionellen Einheit, mit ihrer unterschiedlichen Kostenfinanzierung, ist, dass der Arme als Ausnahme und nicht als Regel auftritt. Daraus folgt, dass die Regeln und Massnahmen nicht in erster Linie für ihn gemacht wurden, wie das im gegenwärtigen System der Fall ist, sondern eher für den Durchschnittsbürger. Der Arme würde also nicht ausgenützt werden können durch die Leute, welche durch die Verwaltung von entsprechenden Geldern ihre Macht gerne vergrössert hätten, um sich zum „Grossen Versorger" hin zu entwickeln. Damit diese kleinen Funktions- und Gesundheitseinheiten sich entwickeln können, müssten die durch die Regierung erlassenen zentralistischen Regelungen drastisch zurückgeschraubt werden. Nur durch einen Abbau solcher Regelungen können diese funktionellen Einheiten sich entwickeln und überleben.

Eine weitere Folge von solchen kleinen, funktionellen Einheiten zur Erhaltung der Gesundheit wäre die Wiederverteilung von ärztlichen Diensten auf mehr dezentralisierter Ebene. Wir werden diesen Gedanken im folgenden Abschnitt behandeln.

2. **Dezentralisation oder Verteilung der beruflichen Fertigkeit grosser Anlagen, wie Universitätsspitäler in die Peripherie der Gemeinde.**

Die Idee des grossen Versorgers scheint auch repräsentiert zu werden in den enormen medizinischen Institutionen, wie Universitätsspitäler, welche ein hohes Niveau beruflichen Könnens auf einem Platz zu vereinigen scheinen, sodass die übrige Gemeinde ohne oder mit wenig guten beruflichen Könnens zurückgelassen wird. Diese riesigen Einrichtungen bieten sicher viel medizinische Hilfeleistung für wenig Arme oder sehr kranke Leute, aber sie verbrauchen auch riesige Summen für die Verwaltung ihres Systems, was bedingt ist durch ihre Ausmasse.

Viele der hier angesammelten medizinischen Berufsleute hätten einen höheren Wirkungsgrad, wenn sie ihre Fähigkeiten auch in der Gemeinde verwenden könnten. Wir denken da an die Krankenschwestern als Beispiel, deren Dienste von vielen Leuten in der Gemeinde in Anspruch genommen werden könnte, aber die Schwesterndienste werden vom Zahlungssystem erst akzeptiert, wenn sie in einem Spital, und unter dem offiziellen Befehl eines Arztes ausgeübt werden. Die Krankenversicherung zahlt ohne Probleme für Schwestern, die offiziell durch die Regierung angestellt sind, aber sie bezahlt nicht für private Gemeindeschwestern. Und doch gibt es keinen guten Grund, weshalb eine verantwortliche Schwester nur im Spital eine gute Arbeit leisten kann, und nicht auch wenn sie selbständig in der Gemeinde arbeitet. In der Gemeinde werden immer noch viele Dienste ge-

https://adhs.expert

braucht, welche durch selbständige Schwestern geleitet werden könnten. Doch da das Bezahlungssystem für diese Art Dienst nicht existiert, erlauben die Regelungen der Krankenversicherung keine Bezahlung für eine selbständige Schwester; es ist sogar fast unmöglich, diesen Typ von dezentralisierter Krankenpflege unter den derzeitigen Umständen zu entwickeln. Die existierenden Regelungen und Gesetze sorgen dafür, dass Krankenpflege zentralisiert in grossen medizinischen Institutionen bleibt, ganz egal wie unsachlich diese Institutionen sein können und wie viele Gelder sie verschlingen.

Aus diesem Grunde würden wir noch einmal nachdrücklich betonen, dass eine Menge existierender bürokratischer Strukturen und Regulierungen abgeschafft werden müsste, um soziomedizinische Dienste zu dezentralisieren. Sobald die Leistung einer Gemeindeschwester mehr in der Gemeinde verteilt würde, würden wir erwarten, dass ein Katalysatoreffekt auf die öffentliche Gesundheit stattfinden würde, da die Hilfe in einem frühen Krankheitszustand doch leicht verfügbar sein würde. Daher hätte sie auch einen vorbeugenden Effekt. Diese Dienste würden viel billiger sein bei einem bereits fortgeschrittenen Zustand der Krankheit als herkömmliche Spezialistendienste in einem grossen Spital. Die wenigen Gemeindeschwestern, die wir jetzt angestellt haben durch lokale Behörden, sind erst ein Anfang des Trends in diese Richtung.

Wenn medizinische Dienste weg vom Spital dezentralisiert werden, dann muss es auch die medizinische Schulung. Mit diesem Aspekt befasst sich unser letzter Abschnitt.

Alternative Schulung für Mediziner

Ein Teil von unserer Krankenpflege ist die Ausbildung der Ärzte in den Spitälern. Diese zentralisierten Schulen vernachlässigen den sozialmedizinischen Aspekt der Krankheit, dargestellt durch Haltung und Benehmen der Leute, die den Patienten umgeben und deshalb nicht wirklich eine Gemeindeschwester oder einen Gemeindearzt schulen kann. Sie kennen nur berufliche Schulen für deren eigenes System, was wiederum zur Folge hat, dass die meisten dieser geschulten Leute in diesem System bleiben oder in ein anderes, vergleichbares hinüberwechseln. Es ist verständlich, dass diese hochqualifizierten Leute, welche in die Peripherie der Gemeinde gehen könnten, dem zentralen System die Stange halten, da sie sich dort wohl und auch sicher fühlen. So verewigt sich die Zentralisation der Krankenpflege durch

https://adhs.expert

die Schulung. Wenn die vorgeschlagene Dezentralisation der medizinischen Berufsdienste gefördert würde, dann müsste man auch mehr dezentralisiertes Training der medizinischen Berufsleute durchführen. Dies müsste den Ärzten wie den Schwestern angeboten werden. Wenn das obenerwähnte soziomedizinische Konzept einer Krankheit vermehrte Beachtung zukommt, so wäre es nur recht, dies in die reguläre Schulung von Schwestern und Ärzten einzuschliessen. Natürlich wäre dieses Ziel einfacher zu erreichen, wenn schon teilweise in der Gemeinde geschult würde und nicht nur in einem Spital. Medizinische Berufsleute, geschult in einem dezentralisierten medizinischen Servicesystem, mit einem soziomedizinischen Modell der Krankheit, könnten sicherlich Pflegekosten gering halten, da sie auch besser ausgerüstet wären, um vorbeugende Eingriffe zu unternehmen, als die Ärzte des heutigen Schulungssystems, welches hauptsächlich sich abstützt auf die Pathologie oder ein Nichtfunktionieren, aber wenig lernt über Zusammenhänge.

Zusammenfassung

Die begrifflichen Unzulänglichkeiten unseres gegenwärtigen bürokratischen Wohlfahrts- und Pflegesystems liegen hauptsächlich an der Prämisse des kraftvollen "Grossversorgers". Diese Prämisse begünstigt enorme und wachsende, bürokratische Systeme, welche unfunktionell laufen und sich trotz ihrer Missfunktion verewigen.

Unser Vorschlag für alternative Krankenpflege basiert auf der Idee von kleinen funktionellen Einheiten, welche wie kleine Gesundheitsdienstunternehmungen agieren, indem sie medizinische und finanzielle Dienste kombinieren. Der Dienst würde mit weniger Regierungsverordnungen, sondern vor allem mit den Regeln einer freien Marktwirtschaft funktionieren.

Anstelle der herkömmlichen Krankenversicherung, die jedes Individuum für jede potentielle Krankheit in der Zukunft durch die regulären Versicherungsprämien finanziert, schlagen wir vor, ein neues Zahlungssystem einzurichten, das wie eine "Gesundheitsbank" arbeitet, welche Leuten zu dem Zeitpunkt, da sie krank sind, Geld leiht, damit sie teure medizinische Rechnungen bezahlen können. Der individuelle Konsument müsste die Verantwortung für beides, Gesundheitserhaltung und Pflegekosten tragen, anstelle des "Grossen, bürokratischen Versorgers".

Die medizinischen Dienste wie auch die Ausbildung der Berufsleute, müssten mehr dezentralisiert werden. Es würde also ein soziomedizinisches Konzept der Krankheit

https://adhs.expert

benützt. Diese Art von Konzept würde bessere präventive Massnahmen gewährleisten als das rein medizinische Modell.

Mit diesem vorgeschlagenen Zahlungssystem, dem dezentralisierten medizinischen Dienst, der Schulung der Berufsleute und einer wirkungsvollen, medizinischen Vorbeugung, hoffen wir schlussendlich, die Gesundheitserhaltungskosten zu verringern.

https://adhs.expert